

Merkblatt **für einen Antrag auf Neu-Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

Diesem Antrag fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- Auszug aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,

oder

wenn **keine** Arztregistereintragung besteht alternativ folgende Unterlagen im Original mit einer einfachen Kopie oder als **aktuell** amtlich beglaubigte Kopien (zum Verbleib in der Akte, Beglaubigung nicht älter als 3 Monate) **auf dem Postweg** an o.g. Adresse:

- Zeugnis der Ärztlichen Prüfung,
 - Approbationsurkunde,
 - Urkunde über die Gebietsbezeichnung und ggf. Schwerpunkt- und / oder Zusatzbezeichnung/en.
 - ggf. Promotionsurkunde, Venia Legendi, Habilitation etc.
-
- Bescheinigung des Krankenhausträgers (siehe S. 9 des Antrages),
 - Nur sofern **keine** Berufshaftpflichtversicherung über das Krankenhaus besteht: Nachweis über das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung gem. § 113 Abs. 2 VVG (siehe hierzu Hinweise auf der letzten Seite) ansonsten reicht die Bestätigung auf der Bescheinigung des Krankenhausträgers aus.
 - ggf. Bescheide über die Genehmigung von qualitätsgesicherten Leistungen (siehe Hinweis auf Seite 2)

Bitte beachten Sie, dass für das Verfahren **kein** polizeiliches Führungszeugnis benötigt wird!

Für das Verfahren wird gem. § 46 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eine Gebühr von 120 Euro erhoben. Die Gebühr ist bei Antragstellung fällig, da Sie noch nicht über

ein Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verfügen, ist die Gebühr vorab zu entrichten.

Hinsichtlich der Überweisung der Antragsgebühr werden Sie von uns eine Antragsnummer mitgeteilt bekommen. Bitte zahlen Sie erst dann und verwenden Sie nur diese Nummer im Verwendungszweck bei Überweisung.

Nach § 38 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Antragsgebühr bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses nicht entrichtet wird.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass darüber hinaus – nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses – bei positiver Entscheidung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro fällig wird (§ 46 Abs. 2 b Ärzte-ZV), die dann von Ihrem Honorarkonto abgebucht wird.

Bitte füllen Sie diesen Antrag bevorzugt elektronisch, ansonsten bitte leserlich in Druckbuchstaben aus und übermitteln diesen in unveränderbarer Form an uns.

Wichtiger Hinweis Qualitätssicherungsgenehmigung:

Falls der beantragte Ermächtigungsumfang genehmigungspflichtige Leistungen enthält (wie z.B. Röntgen, Ultraschall, Herzschrittmacherkontrollen etc.) bitten wir zu beachten, dass eine Ermächtigung zur Erbringung dieser Leistungen erst erfolgen kann, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein **auf Antrag** eine entsprechende Genehmigung erteilt hat. Daneben sind die Regeln des EBM einzuhalten.

Um Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung zu vermeiden, reichen Sie bitte zeitnah nach Erhalt des Genehmigungsbescheids diesen beim Zulassungsausschuss ein.

Für welche Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter folgendem Link:

<https://www.kvno.de/genehmigungen>

**Antragsformular für die Beantragung einer Ermächtigung
gem. § 31 a oder § 31 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 oder § 31 Abs. 2 Ärzte- ZV ***

Antragsteller / Antragstellerin

Titel: _____

Vorname, Name: _____

geboren am: _____

Facharzt / Fachärztin für: _____

Schwerpunkt: _____

Fakultative Weiterbildung: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Krankenhaus/Praxisadresse:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

Dienststellung: _____

Abteilung: _____

* Die Gesetzestexte finden Sie auf unserer Homepage www.kvno.de unter Praxis -> Honorar & Recht
-> Recht -> Gesetze und Rechtsverordnungen.

Übernahme einer bereits bestehenden Ermächtigung

(Nur falls zutreffend. Bei Neuermächtigung ohne Vorgänger beginnen Sie auf S. 5)

- Übernahme der bisherigen Ermächtigung des/der Vorgängers-/in:
(zusätzlich ist die Verzichtserklärung des Vorgängers notwendig)

Herrn/Frau _____

- Ich beantrage die Übernahme in genau dem gleichen Umfang (1:1 Übernahme) des Vorgängers (fahren Sie bitte bei Punkt V. auf Seite 7 fort)
- Ich beantrage zugleich die Erneuerung der Ermächtigung über den dem Vorgänger genehmigten Zeitraum hinaus (nur bei einer Restlaufzeit von weniger als einem Jahr)

oder

- Ich beantrage die Übernahme eines Teils der Ermächtigung des Vorgängers
- Ich beantrage zugleich die Erneuerung der Ermächtigung über den dem Vorgänger genehmigten Zeitraum hinaus (nur bei einer Restlaufzeit von weniger als einem Jahr)

Bitte beschreiben Sie möglichst genau unter Angabe der Punkte der bisherigen Ermächtigung ggf. in einem gesonderten Schreiben, welchen Teil der Ermächtigung Sie übernehmen wollen:

und/oder

- Ich beantrage zusätzliche Teile der Ermächtigung als **Erweiterung** des Ermächtigungsumfangs des Vorgängers

(bitte beachten Sie, dass für zusätzliche Leistungen eine erneute Bedarfsprüfung durchgeführt werden muss)

für folgende Leistungen die ich **selber erbringen** möchte:

zu Punkt x der bisherigen Ermächtigung oder „Neu“:	Leistung (bitte EBM-Nummern angeben):	Begründung:

für folgende Leistungen die ich im Rahmen einer **Überweisungsbefugnis** nach § 24 Abs. 2 BMV-Ä überweisen möchte:

zu Punkt:	Überweisung an folgende Facharztgruppe:	für Leistung/en (bitte EBM-GOP angeben):	Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist:

(wenn ausschließlich der Umfang des Vorgängers übernommen werden soll, fahren Sie bitte bei Punkt V. auf Seite 8 fort)

Neuermächtigung (ohne Vorgänger)

Beantragter Ermächtigungsumfang:

Leistungen, die durch den Krankenhausträger gemäß § 115 b SGB V angezeigt wurden oder für die das Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V zugelassen ist, sind ausgenommen.

Konsiliarische Beratung und ggf. Untersuchung

I a. auf Überweisung von

(Bitte benennen Sie hier die Fachgruppe/n, **von** welcher/n Sie eine Überweisung empfangen möchten)

Konsiliarische Beratung des/der überweisenden, zugelassenen Vertragsarztes/-ärztin unter Berücksichtigung der bereits erhobenen und mitgegebenen Befunde, begrenzt auf:

(Optional: Begrenzung auf Erkrankungen oder Körperbereiche)

(ggf.) und

I b. erforderlichenfalls Untersuchung des/der überwiesenen Patienten/-in unter Berücksichtigung der bereits erhobenen und mitgegebenen Befunde, begrenzt auf:

(Optional: Begrenzung auf Erkrankungen oder Körperbereiche)

II. Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

II.a auf Überweisung von _____
(Bitte benennen Sie hier die Fachgruppe/n, **von** welcher/n Sie eine Überweisung empfangen möchten)

Mit- und Weiterbehandlung von Patienten, begrenzt auf

(Pflichtangabe: Bitte geben Sie eine Begrenzung auf Erkrankungen und/und/oder oder Körperbereiche und/oder Therapien an)

II.b auf Überweisung von _____
(Bitte benennen Sie hier die Fachgruppe/n, **von** welcher/n Sie eine Überweisung empfangen möchten)

Die Durchführung von folgenden **Auftragsleistung(en)**:
(Bitte beachten Sie, dass für genehmigungspflichtige Leistungen ein Antrag auf Qualitätssicherungsgenehmigung gestellt werden muss, siehe auch Hinweis auf dem Merkblatt)

Leistung:	EBM-Nr.:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

III. Ambulante Nachbehandlung

auf Überweisung von: _____

(Bitte benennen Sie hier die Fachgruppe/n, **von** welcher/n Sie eine Überweisung empfangen möchten)

ambulante Nachbehandlung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf _____ Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ausnahme der ersten 14 Tage nach dem stationären Aufenthalt (§ 115 a SGB V*). Der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ist auf dem Behandlungsausweis zu vermerken.

IV. Überweisungsbefugnis

Überweisungsbefugnis gem. § 24 Abs. 2 BMV-Ärzte
(Bitte benennen Sie hier die Fachgruppe/n, **an** welche Sie eine Überweisung ausstellen möchten)

für folgende Leistungen, bitte ordnen Sie diese den o.g. Punkten des Ermächtigungsumfangs zu und geben Sie unbedingt die GOP des EBM an:

Zu o.g. Punkt(en): Überweisung an folgende Facharztgruppen: zu veranlassende Leistung/en (bitte EBM-Nr. angeben): Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist:

Zu o.g. Punkt(en):	Überweisung an folgende Facharztgruppen:	zu veranlassende Leistung/en (bitte EBM-Nr. angeben):	Begründung, warum die Überweisung erforderlich ist:

V. Waren Sie bereits vertragsärztlich (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) tätig?

nein

ja, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Datum

Unterschrift

* Die Gesetzestexte finden Sie auf unserer Homepage www.kvno.de unter Praxis -> Honorar & Recht
-> Recht -> Gesetze und Rechtsverordnungen.

Erklärung über das Nichtvorliegen von Suchterkrankungen

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen müssen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegen.

Datum

Unterschrift

Bescheinigung des Krankenhausträgers

Frau / Herr _____ ist als

_____ in unserem Haus in der
(Dienststellung)

_____ in einem Umfang von
(genaue Bezeichnung der Klinik und der Abteilung)

_____ Wochenstunden angestellt.

- Entsprechend den Bestimmungen des § 31 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) erklären wir unser Einverständnis zu der beantragten Ermächtigung.

- Darüber hinaus bestätigen wir, dass für unser Krankenhaus eine Betriebshaftpflichtversicherung besteht. Diese umfasst die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit des/der o.g. Arztes/Ärztin als ermächtigter Arzt / ermächtigte Ärztin und deckt diese im Sinne des § 95 e SGB V. Dabei handelt es sich nicht um eine ggf. auch teilweise Self-Insured-Retention-Lösungen (SIR).

Datum

Stempel und Unterschrift
der Krankenhausverwaltung

Hinweise zur Berufshaftpflichtversicherung

(nur wenn keine Versicherung über das Krankenhaus besteht)

Bei Stellung des Antrags Ermächtigung ist das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95 e SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 Nr. 6 Ärzte-ZV).

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Die Mindestversicherungssumme beträgt für einen Ermächtigten Arzt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen

Neben Ihrem Antrag an den Zulassungsausschuss ist es zusätzlich erforderlich, bei der KV Nordrhein eine Genehmigung zur Durchführung der Einzel- und Gruppentherapien sowie für die übenden und suggestiven Verfahren zu beantragen. Diese Leistungen dürfen Sie erst dann erbringen und abrechnen, wenn Sie dafür die Genehmigung der KV Nordrhein erhalten haben.

Welche Leistungen einer Genehmigungspflicht unterliegen, entnehmen Sie bitte der Auflistung auf der Homepage der KV Nordrhein unter www.kvno.de/genehmigungen

Bitte füllen Sie daher auch noch dieses Antragsformular aus, welches Sie bitte Ihrem Antrag an den Zulassungsausschuss beifügen. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses wird Ihren Antrag dann an die zuständige Abteilung Qualitätssicherung zur weiteren Bearbeitung weiterleiten. Sie können diesen Antrag aber auch selbst an die o. g. Kontakte versenden.

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung _____ seit: _____

- Psychologische/r Psychotherapeutin/ Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Angestellt bei _____
- Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

Zulassung / Ermächtigung ab _____

Ich beantrage die Durchführung und Abrechnung folgender psychotherapeutischer Leistungen:

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

Verhaltenstherapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen
- bei Kindern und Jugendlichen

Systemische Therapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung
- bei Erwachsenen

übende und suggestive Techniken

- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Einzelbehandlung
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen
- Hypnose

- EMDR

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift
des Ärztlichen Leiters der
Einrichtung/ des MVZ bzw.
des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.